Nº 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Hospitalisation en soins de courte durée des enfants et des jeunes autochtones

par Anne Guèvremont, Gisèle Carrière, Evelyne Bougie et Dafna Kohen

Date de diffusion : le 19 juillet 2017

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2017

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Hospitalisation en soins de courte durée des enfants et des jeunes autochtones

par Anne Guèvremont, Gisèle Carrière, Evelyne Bougie et Dafna Kohen

Résumé

Contexte : Les recherches qui ont porté sur les taux d'hospitalisation des enfants autochtones à l'échelle nationale se sont limitées à l'analyse des régions qui comptaient des pourcentages élevés de résidents autochtones plutôt qu'à l'analyse des Autochtones eux-mêmes. La présente étude est fondées sur des données administratives et des données de recensement couplées pour décrire les tendances de l'hospitalisation chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 19 ans, selon l'identité autochtone, pour l'ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec.

Données et méthodes : Les données du Recensement de 2006 ont été couplées à la Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009, qui comprend les dossiers d'hospitalisation pour tous les établissements de soins de courte durée au Canada (sauf le Québec). Les dossiers d'hospitalisation ont été examinés selon l'identité autochtone déclarée au recensement, et selon les diagnostics regroupés conformément aux chapitres de la Classification statistique internationale des maladies, sur la base du « diagnostic principal ». On a calculé des taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) pour 100 000 habitants ainsi que des ratios de taux (RT) normalisés selon l'âge pour les groupes autochtones par rapport aux non-Autochtones.

Résultats : Les THNA étaient invariablement plus élevés parmi les enfants et les jeunes autochtones comparativement à leurs homologues non autochtones; les taux chez les enfants âgés de 0 à 9 ans étaient de 1,3 à 1,8 fois plus élevés; chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans, ils étaient de 2,0 à 3,8 fois plus élevés. Chez tous les enfants âgés de 0 à 9 ans, la première cause d'hospitalisation était les « maladies du système respiratoire », mais les RT chez les enfants autochtones variaient de 1,7 à 2,5, comparativement aux enfants non autochtones. L'écart entre les jeunes autochtones et non autochtones de 10 à 19 ans était prononcé pour les blessures attribuables à des agressions (RT de 4,8 à 10,0), les blessures auto infligées (RT de 2,7 à 14,2) et la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (RT de 4,1 à 9,8).

Interprétation : Des recherches supplémentaires sont requises afin d'examiner les raisons des disparités de taux d'hospitalisation entre les enfants et les jeunes autochtones et non autochtones.

Mots clés : Agression, Premières Nations, Inuit, Métis, respiratoire, blessures auto infligées

Des recherches ont démontré des résultats en matière de santé moins favorables chez les enfants et les jeunes autochtones comparativement à leurs contemporains non autochtones[1-6]. Des analyses de données administratives provinciales ont également permis de découvrir des taux d'hospitalisation plus élevés chez les jeunes autochtones[7-13]. Deux études[7,8] ont signalé un taux élevé d'hospitalisation pour blessures (intentionnelles et non intentionnelles) parmi les enfants des régions qui présentaient des pourcentages plus élevés de résidents autochtones pour l'ensemble du Canada (sauf le Québec). Cependant, les méthodes géographiques tendent à sous-estimer les hospitalisations dans l'ensemble des sous-populations[14].

Des renseignements sur les taux d'hospitalisation chez les enfants autochtones sont requis afin de documenter les causes et les disparités, et afin de mieux comprendre l'utilisation des ressources et les besoins en services. La présente étude fournit les dénombrements nationaux (à l'exclusion du Québec) des hospitalisations en soins de courte durée et les principaux diagnostics pour les enfants (de 0 à 9 ans) et les jeunes (de 10 à 19 ans) autochtones et non autochtones. Les données sont présentées pour les Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, les Métis et les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat. L'analyse est fondée sur les données sociodémographiques (y compris l'identité autochtone) du Recensement de 2006 qui ont été couplées aux dossiers sur les congés des patients[15].

Données et méthodologie

Sources de données

Les données du Recensement de 2006[16] pour neuf provinces (à l'exclusion du Québec) et trois territoires ont été couplées à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de 2006-2007 à 2008-2009 de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les répondants au questionnaire détaillé du recensement (environ 20 % de la population excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels) ont fourni des données sociodémographiques détaillées, y compris l'identité autochtone[16]. De plus, au lieu d'échantillonner les ménages, on a demandé à *tous* les ménages du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest (sauf Yellowknife), du Yukon (sauf Whitehorse) et des réserves et établissements indiens de remplir le questionnaire détaillé.

Auteures : Gisèle Carrière (gisele.carriere@canada.ca) travaille au sein de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, à Vancouver, en Colombie-Britannique. Anne Guévremont, Evelyne Bougie et Dafna Kohen travaillent au sein de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, à Ottawa, en Ontario.

Chaque année, la BDCP regroupe environ trois millions de dossiers d'hospitalisation provenant de tous les établissements de soins de courte durée et certains établissements psychiatriques, pour maladies chroniques, de réadaptation et de chirurgie d'un jour au Canada[17-19], sauf au Québec. En raison de l'exclusion du Québec, ni les habitants de cette province (Inuits du Nunavik y compris) ni ceux des territoires ou d'autres provinces hospitalisés au Québec ne sont représentés dans les données couplées.

Un couplage déterministe hiérarchique a été effectué à l'aide des identificateurs communs au recensement et à la BDCP : date de naissance, sexe et code postal. Une étude de validation a conclu que le fichier couplé convenait pour la recherche liée à la santé et qu'il était largement représentatif de la population canadienne[15].

Une limite importante tient au plus faible taux de couverture au recensement et d'admissibilité au couplage à la BDCP des groupes pertinents à la présente analyse : personnes s'identifiant comme Autochtones, enfants de moins d'un an et jeunes âgés de 15 à 19 ans[15]. Par plus faible taux de couverture, on entend une plus grande susceptibilité des enfants et des jeunes autochtones d'être sous-représentés. Statistique Canada estime que 10,6 % des Autochtones vivant dans des réserves ne faisaient pas partie du Recensement de 2006[20]. Environ 94 % des répondants non autochtones au recensement étaient admissibles au couplage, comparativement à 89 % des répondants des Premières Nations, 93 % des répondants métis et 92 % des répondants inuits. Cette limite a vraisemblablement entraîné une sous-estimation des taux d'hospitalisation et un biais à la baisse possible. Comme les âges de la cohorte n'ont pas été ajustés à travers les trois années de données d'hospitalisation combinées, les taux d'hospitalisation pour certaines conditions sont plus susceptibles d'être sous-estimés, par exemple les taux d'hospitalisation due aux maladies du système respiratoire chez les jeunes pour certaines strates d'âge.

Le couplage a été effectué conformément à la *Directive sur le couplage d'enregistrements*[21] et approuvé par le Conseil exécutif de gestion de Statistique Canada[22]. Un article paru antérieurement présente des détails sur la méthode de couplage[15].

Statistique Canada garantit la protection de la vie privée des répondants pendant le couplage et l'utilisation subséquente des fichiers couplés[21]. Seuls les employés qui interviennent directement dans le processus ont accès aux données d'identification uniques nécessaires au couplage (comme le nom et le sexe). Toutefois, ces employés n'ont *pas* accès aux renseignements relatifs à la santé. Une fois le couplage de données terminé, un fichier d'analyse est créé, dans lequel les données d'identification sont supprimées. Les analystes ont accès uniquement au fichier exempt de données d'identification.

Identité autochtone

La question portant sur l'identité autochtone au Recensement de 2006 était la suivante : « Cette personne est-elle un Autochtone, c'est-à-dire un Indien de l'Amérique du Nord, un Métis ou un Inuit (Esquimau)? » Le membre du ménage qui remplissait le recensement répondait pour chacun des membres du ménage et devait cocher toutes les réponses pertinentes. Les réponses étaient classées ainsi : Indien de l'Amérique du Nord (seulement), Métis (seulement), Inuit (seulement), Autre identité autochtone (identité multiple ou indéterminée), et non-Autochtone. La présente analyse porte uniquement sur les personnes ayant déclaré une seule identité autochtone; environ 3 % de la population d'identité autochtone ayant coché Autre identité autochtone (identité multiple ou indéterminée)[23] en est exclue.

Les données géographiques des répondants au recensement ont servi à localiser les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat et les Premières Nations vivant dans les réserves (y compris les établissements indiens) ou à l'extérieur des réserves. Les estimations concernant les Inuits sont fournies uniquement pour les Inuits des régions de l'Inuit Nunangat, c'est-à-dire les collectivités dans les quatre régions inuites faisant l'objet de revendications territoriales : Nunatsiavut (Côte-Nord du Labrador), Nunavik (Nord-du-Québec), le territoire du Nunavut ainsi que la région d'établissement de l'Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Des études antérieures fondées sur des méthodes géographiques ont démontré que l'état de santé des enfants et des jeunes autochtones était moins bon que celui des enfants et des jeunes non autochtones.
- Les méthodes géographiques ont tendance à sous-estimer les hospitalisations parmi les sous populations, en raison d'omissions, de classifications erronées et d'autres erreurs.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude examine les taux d'hospitalisation des enfants et des jeunes autochtones dans l'ensemble du pays (sauf au Québec) sur le plan individuel.
- Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge étaient systématiquement plus élevés parmi les enfants et les jeunes autochtones comparativement à leurs homologues non autochtones.
- La principale cause d'hospitalisation chez les enfants autochtones et non autochtones de 0 à 9 ans était des problèmes de santé liés aux maladies du système respiratoire, mais les taux étaient plus élevés chez les enfants autochtones.
- Des disparités de taux d'hospitalisation entre les jeunes autochtones et non autochtones de 10 à 19 ans étaient apparentes pour les problèmes liés aux blessures intentionnelles (auto-infligées et agressions) et à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Les régions d'Inuit Nunangat représentent 78 % de la population inuite totale. Les chiffres sur les Inuits pour la présente analyse excluent le Nunavik, parce que les données sur les congés obtenus des hôpitaux du Québec n'étaient pas disponibles. Par conséquent, 9 565 Inuits (19 % de la population inuite totale, 24 % du total des Inuits de Nunangat)[23] sont exclus de l'analyse.

Selon le Recensement de 2006, la population vivant dans les réserves comprend les habitants des huit types de subdivisions de recensement (SDR) qui sont légalement affiliées aux Premières Nations, ainsi que d'autres types de SDR situées dans le nord de la Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon qui comptent de grandes concentrations de Premières Nations. Par « réserves », on entend les réserves indiennes et les établissements indiens au sens de la loi, d'autres types de terres créées grâce à la ratification d'ententes sur l'autonomie gouvernementale, de même que d'autres collectivités du Nord rattachées aux Premières Nations, conformément aux critères établis par Affaires autochtones et du Nord Canada.

La présente étude porte sur les Premières Nations vivant dans les réserves, celles vivant à l'extérieur des réserves, les Métis, les Inuits de l'Inuit Nunangat (sauf le Nunavik) et la population non autochtone. Par « Autochtones », on entend les membres des quatre groupes autochtones; « Inuit » correspond aux Inuits de l'Inuit Nunangat, sauf le Nunavik.

Hospitalisation

La fréquence des hospitalisations selon la catégorie ou le chapitre de diagnostic, sur la base du « diagnostic principal », a été compilée pour les enfants et les jeunes de chaque groupe autochtone et non autochtone. Les personnes pouvaient être représentées plus d'une fois si elles avaient été hospitalisées à de nombreuses reprises pendant la période allant de 2006-2007 à 2008-2009.

Les dossiers de congé des patients d'hôpitaux de soins de courte durée provenant de la BDCP qui ont été couplés avec les enregistrements du recensement admissibles tirés du questionnaire détaillé ont été classés selon l'identité autochtone de la personne déclarée dans le cadre du recensement ainsi que ses données géographiques, plutôt qu'en fonction de la province ayant soumis le dossier d'hospitalisation. Ainsi, on a pu déclarer les hospitalisations dans une province autre que la province ou le territoire de résidence du répondant au moment du Recensement de 2006.

Diagnostic principal

Chaque dossier de congé du patient comprend jusqu'à 25 diagnostics fondés sur la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision*, Canada (CIM-10-CA)[24]. Le « diagnostic principal », qui désigne le problème de santé diagnostiqué le plus important ou qui explique la durée de séjour la plus longue, a servi à répartir les dossiers d'hospitalisation en chapitres, en fonction d'une maladie ou d'un traumatisme particulier, de l'étiologie de la maladie, de problèmes de santé propres aux systèmes de l'organisme, ou de problèmes de santé et de situations représentant des facteurs de risque pour la santé[25]. Pour chacun des principaux diagnostics, les trois premiers caractères ont servi à classer les hospitalisations selon le chapitre. Conformément aux méthodes utilisées précédemment[7,8,10,26], les hospitalisations pour blessures ont été classées comme blessures non intentionnelles ou blessures intentionnelles; les blessures intentionnelles chez les jeunes de 10 à 19 ans ont été réparties en blessures attribuables à des agressions et en blessures auto-infligées.

Une procédure de classement hiérarchique a été appliquée à tous les dossiers recensement-BDCP couplés compris dans le champ de l'étude afin de déterminer les diagnostics les plus courants. Les codes de chapitre de la partie supérieure de la hiérarchie ainsi que les hospitalisations pour tous les chapitres combinés, y compris avec et sans les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement, ont été sélectionnés en vue de déclarer les taux d'hospitalisation pour les enfants et les jeunes de chaque groupe autochtone et pour les non-Autochtones.

Techniques analytiques

Des taux d'hospitalisation (pour 100 000 habitants) normalisés selon l'âge (THNA), des rapports de taux (RT) et des intervalles de confiance à 95 % ont été calculés pour chaque groupe autochtone et pour la population non autochtone. Afin de réduire les grandes variations possibles et attribuables aux petits chiffres, on a combiné les dossiers de congé des patients des trois exercices financiers couplés aux répondants au questionnaire détaillé du Recensement de 2006.

Pour calculer les THNA, on a pris comme numérateur la somme des dossiers d'hospitalisation ayant fait l'objet d'un couplage qui se rapportaient à un groupe d'identité autochtone donné, on l'a divisée par le dénominateur, c'est-à-dire le nombre non pondéré de personnes dans la cohorte d'étude du recensement appartenant au même groupe d'identité, puis on a multiplié le résultat par trois (nombre d'années de la BDCP). La normalisation selon l'âge a fait appel à la méthode directe, sur la base de la structure par âge de la population autochtone d'après le Recensement de 2006.

On a construit des intervalles de confiance à 95 % normalisés selon l'âge autour des THNA et des RT au moyen de la méthode de Spiegelman[27]. Dans le cas des RT, la population non autochtone est la population de référence.

Résultats

Hospitalisations toutes causes confondues

Les taux normalisés selon l'âge d'hospitalisation toutes causes confondues dans les hôpitaux de soins de courte durée étaient uniformément plus élevés chez les enfants et les jeunes autochtones que

chez leurs contemporains non autochtones. Chez les enfants de 0 à 9 ans, le taux d'hospitalisation global était plus élevé chez les Premières Nations vivant dans les réserves (839 pour 100 000), soit un taux 1,8 fois plus élevé que chez les enfants non autochtones (478 pour 100 000) (tableau 1). Comparativement aux taux chez les enfants non autochtones de 0 à 9 ans, les taux chez les Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves étaient 1,4 fois plus élevés, chez les Métis, 1,3 fois plus élevés et, chez les Inuits de la région d'Inuit Nunangat, 1,4 fois plus élevés.

Chez les jeunes de de 10 à 19 ans, le taux d'hospitalisation global (y compris les naissances) était plus élevé chez les Inuits de la région d'Inuit Nunangat (1 866 pour 100 000), soit un taux 3,8 fois plus élevé que chez les jeunes non autochtones (497 pour 100 000) (tableau 2). Le taux était presque aussi élevé (1 806 pour 100 000) chez les jeunes des Premières Nations qui vivaient dans les réserves, soit 3,6 fois celui des jeunes non autochtones. Les taux chez les jeunes des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves et les jeunes métis étaient 2,3 et 2,0 fois plus élevés, respectivement, que les taux chez les jeunes non autochtones. Lorsqu'on excluait des calculs les congés liés à l'accouchement, les taux globaux chez les 10 à 19 ans diminuaient, mais demeuraient bien supérieurs à ceux des jeunes non autochtones : 2,6 fois plus élevés chez les Inuits, 2,5 fois plus élevés chez les Premières Nations vivant dans les réserves, 1,8 fois plus élevés chez les Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves et 1,6 fois plus élevés chez les Métis.

Causes principales

Chez les 0 à 9 ans, les trois causes principales d'hospitalisation étaient les mêmes pour chaque groupe autochtone et pour les enfants non autochtones. La cause principale était « les maladies du système respiratoire ». Les « blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » représentaient la deuxième cause d'hos-

Tableau 1
Taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge[†] (THNA) pour 100 000 enfants, selon l'identité autochtone et la cause, population excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels âgée de 0 à 9 ans, Canada (à l'exclusion du Québec), 2006-2007 à 2008-2009

	Total Canada			Premières Nations vivant dans les réserves			Premières Nations hors réserve			Métis			Inuits vivant dans les régions d'Inuit Nunangat (sauf le Nunavik)			Population non autochtone		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Cause	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à
Toutes causes confondues	523	518	528	839	819	859	646	615	679	644	609	682	666	617	719	478	473	483
Maladies de l'appareil digestif	52	51	54	76	70	83	53	45	63	56	46	67	70	55	88	49	48	51
Blessures[‡]	56	54	58	109	102	117	81	71	93	83	71	97	92	75	113	48	46	50
Blessures non intentionnelles	47	46	49	97	90	104	66	56	77	71	60	84	79	63	98	40	38	41
Maladies du système respiratoire	139	136	141	288	277	300	203	186	221	194	175	215	255	225	288	117	114	119
Maladies de l'appareil circulatoire	5	5	5	8	6	10	7	4	11	6	4	11	x	x	x	5	4	5
Troubles mentaux et du comportement	5	4	5	3	2	5	5	3	9	5	3	10	x	x	x	5	4	5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	12	11	12	12	10	15	11	8	16	13	9	19	x	x	x	12	11	12
Maladies de l'appareil génito-urinaire	15	14	16	28	25	32	24	18	30	24	18	32	x	x	x	13	12	14
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	10	10	11	13	10	15	13	10	19	12	8	18	17	11	27	10	9	11

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
† normalisés en fonction de la structure par âge de la population autochtone (sexes combinés) d'après le Recensement du Canada de 2006
‡ en vertu des lignes directrices en matière de confidentialité, les dénombrements des hospitalisations en raison de lésions traumatiques intentionnelles ne sont pas montrés
Sources : Recensement du Canada de 2006 couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007, 2007-2008, 2008-2009).

pitalisations pour les enfants de tous les groupes autochtones, suivies des « maladies de l'appareil digestif »; chez les enfants non autochtones, ces causes se classaient au troisième et au deuxième rang respectivement.

Pour les jeunes de 10 à 19 ans dans chacun des groupes autochtones, la principale cause d'hospitalisation était « grossesse, accouchement et puerpéralité », suivie des « blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes ». Pour les jeunes non autochtones, le rang de ces deux causes était inversé. La troisième cause principale d'hospitalisation pour les jeunes des Premières Nations (vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves) et les jeunes Inuits était « troubles mentaux et du comportement ». Chez les jeunes métis et non autochtones, les « maladies de l'appareil digestif » sont arrivées au troisième rang.

Ratios de taux pour les enfants de 0 à 9 ans

Pour les enfants de 0 à 9 ans, les Premières Nations vivant dans les réserves présentaient les plus grandes disparités de taux d'hospitalisation par rapport aux non-

Tableau 2
Taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge[†] (THNA) pour 100 000 jeunes, selon l'identité autochtone et la cause, population excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels âgée de 10 à 19 ans, Canada (à l'exclusion du Québec), 2006-2007 à 2008-2009

	Total Canada			Premières Nations vivant dans les réserves			Premières Nations hors réserve			Métis			Inuits vivant dans les régions d'Inuit Nunangat (sauf le Nunavik)			Population non autochtone		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Cause	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à
Toutes causes confondues (y compris les accouchements)	643	638	649	1 806	1 776	1 837	1 131	1 088	1 175	977	936	1 020	1 866	1 780	1 955	497	492	502
Toutes causes confondues (à l'exclusion des accouchements)	489	485	494	1 059	1 036	1 083	741	707	777	647	613	682	1 089	1 024	1 157	417	413	422
Grossesse, accouchement et puerpéralité	153	150	155	737	718	757	387	363	414	326	303	352	775	720	833	79	77	81
Maladies de l'appareil digestif	81	79	83	136	128	145	83	72	95	100	87	114	119	99	143	75	73	77
Blessures	105	103	107	259	248	271	174	157	191	151	136	169	282	250	318	85	83	87
Blessures non intentionnelles	69	67	71	141	133	150	92	81	105	95	83	109	138	116	164	60	58	62
Blessures intentionnelles	22	21	23	94	88	102	62	52	73	44	36	54	132	111	157	12	12	13
Agressions	10	10	11	52	47	57	36	29	45	25	19	33	31	21	44	5	5	6
Blessures intentionnelles auto-infligées	12	11	12	42	38	47	26	20	33	20	14	27	101	83	124	7	7	8
Maladies du système respiratoire	42	41	44	99	92	107	74	64	86	61	52	73	82	66	102	35	34	36
Maladies de l'appareil circulatoire	8	8	9	13	11	16	9	6	14	5	3	9	x	x	x	8	7	9
Troubles mentaux et du comportement	61	60	63	147	139	156	120	107	135	91	79	105	214	186	246	49	47	50
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	16	15	17	28	25	32	23	18	30	14	10	20	x	x	x	15	14	16
Maladies de l'appareil génito-urinaire	21	20	22	42	38	47	36	29	45	36	28	45	32	22	46	18	18	19
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	20	19	21	22	19	26	25	19	32	21	16	29	16	10	26	20	19	21

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[†] normalisés en fonction de la structure par âge de la population autochtone (sexes combinés) d'après le Recensement du Canada de 2006
Sources : Recensement du Canada de 2006 couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007, 2007-2008, 2008-2009).

Autochtones; leurs ratios de taux étaient plus que deux fois plus élevés pour les « maladies du système respiratoire » (RT = 2,5), les « blessures non intentionnelles » (2,4) et les « maladies de l'appareil génito-urinaire » (2,2) (figure 1).

Chez les enfants des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, les RT les plus élevés étaient observés pour les « maladies de l'appareil génito-urinaire » (1,8), les « maladies du système respiratoire » (1,7) et les « blessures non intentionnelles » (1,6). Le rang et l'ampleur des RT pour les enfants métis étaient similaires : « maladies de l'appareil génito-urinaire » (1,9), « blessures non intentionnelles » (1,8) et « maladies du système respiratoire » (1,7).

Chez les enfants inuits, les RT pour les deux principaux problèmes de santé étaient similaires à ceux des enfants des Premières Nations vivant dans les réserves : « maladies du système respiratoire » (2,2) et « blessures non intentionnelles » (2,0). En raison de la petite taille de l'échantillon, les RT n'ont pu être observés pour les maladies de l'appareil génito-urinaire, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, les maladies de l'appareil circulatoire et les troubles mentaux et du comportement.

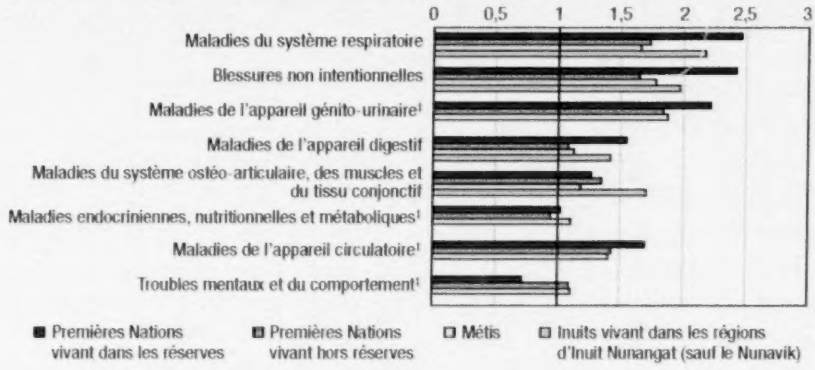
Ratios de taux pour les jeunes de 10 à 19 ans

Chez les jeunes de 10 à 19 ans des Premières Nations vivant dans les réserves, le RT le plus élevé était pour les « blessures intentionnelles (agressions) », avec un taux 10,0 fois supérieur à celui des jeunes non autochtones (figure 2). Les RT qui venaient aux rangs suivants étaient pour la « grossesse, accouchement et puerpéralité » (9,3), les « blessures intentionnelles (autoinfligées) » (5,9) et les « troubles mentaux et du comportement » (3,0).

Les RT chez les jeunes des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves étaient plus faibles, mais le rang était le même : « blessures intentionnelles (agressions) » (6,9), « grossesse, accouchement et puerpéralité » (4,9), « blessures intentionnelles (auto-infligées) » (3,6) et « troubles mentaux et du comportement » (2,5).

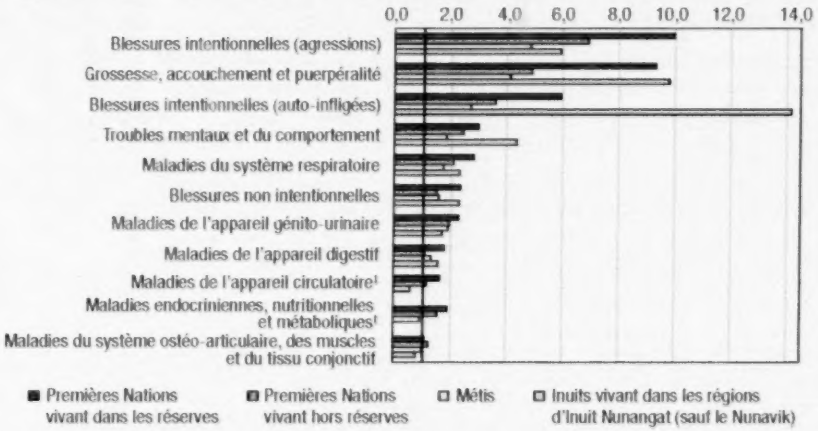
Chez les jeunes métis, ce rang était encore le même : « blessures intentionnelles (agressions) » (4,8), « grossesse, accouchement et puerpéralité » (4,1), « blessures intentionnelles (auto-infligées) » (2,7) et « troubles mentaux et du comportement » (1,9).

Figure 1
Ratios de taux[†] pour les taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge pour une population excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels de 100 000 personnes âgées de 0 à 9 ans, selon l'identité autochtone et la cause, Canada (à l'exclusion du Québec), 2006-2007 à 2008-2009



[†] le groupe de référence est la population non autochtone
[‡] en raison de la petite taille des échantillons, les ratios de taux ne sont pas calculés pour les enfants inuits
Note : Ratios calculés selon les taux non arrondis avec des décimales.
Sources : Recensement du Canada de 2006 couplé à la base de données sur les congés des patients (2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009).

Figure 2
Ratios de taux[†] pour les taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge pour une population excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels de 100 000 personnes âgées de 10 à 19 ans, selon l'identité autochtone et la cause, Canada (à l'exclusion du Québec), 2006-2007 à 2008-2009



[†] le groupe de référence est la population non autochtone
[‡] en raison de la petite taille des échantillons, les ratios de taux ne sont pas calculés pour les enfants inuits
Note : Ratios calculés selon les taux non arrondis avec des décimales.
Sources : Recensement du Canada de 2006 couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007, 2007-2008, 2008-2009).

Chez les jeunes inuits, les RT avaient tendance à être élevés et le rang était différent. Le RT le plus élevé était à 14,2 pour les « blessures intentionnelles (auto-infligées) », suivi de la « grossesse, accouchement et puerpéralité » (9,8), des « blessures intentionnelles (agressions) » (5,9) et des « troubles mentaux et du comportement » (4,4).

Discussion

Selon les résultats du couplage d'enregistrements du Recensement de 2006 avec ceux de la BDCP, les enfants et les jeunes autochtones étaient plus susceptibles que leurs contemporains non autochtones d'être hospitalisés. Chez les enfants de 0 à 9 ans, les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge étaient, dans l'ensemble, environ 1,5 fois plus élevés. Chez les jeunes de 10 à 19 ans, les taux étaient de 2,0 à 3,8 fois plus élevés. Les taux étaient généralement les plus élevés pour les Premières Nations qui vivaient dans les réserves et pour les Inuits d'Inuit Nunangat. Ces différences démontrent l'importance d'examiner l'hospitalisation des enfants et des jeunes pour chaque groupe autochtone.

La principale cause d'hospitalisation de 0 à 9 ans était « les maladies du système respiratoire » pour chaque groupe autochtone et pour les enfants non autochtones. Cependant, les enfants des Premières Nations vivant dans les réserves et les enfants inuits étaient plus que deux fois plus susceptibles que les enfants non autochtones d'avoir été hospitalisés pour cette raison. Les conditions de logement telles que le surpeuplement et la piètre qualité de l'air intérieur ont été associées aux problèmes respiratoires chez les enfants et les adultes autochtones[5,28].

Dans la présente analyse, « la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité » se situaient dans la partie supérieure de la hiérarchie des causes d'hospitalisation parmi les jeunes des Premières Nations, Métis et Inuits. Cela correspond aux recherches qui indiquent que les femmes autochtones sont plus susceptibles que les femmes non autochtones d'être des mères adolescentes[29,30]. La maternité à l'adolescence a des répercussions non seulement sur l'utilisation des services de soins de santé, mais aussi sur les résultats scolaires et économiques[29], et elle a été liée à une moins bonne santé physique et mentale des enfants[31,32,33].

Les différences les plus marquées dans les taux d'hospitalisation entre les jeunes autochtones et non autochtones de 10 à 19 ans étaient pour les blessures intentionnelles : agressions chez les Premières Nations et les Métis, et les blessures auto-infligées chez les Inuits. Des analyses faisant appel aux méthodes géographiques ont également permis de découvrir des taux élevés de blessures non intentionnelles chez les enfants et de blessures intentionnelles chez les jeunes dans les régions à pourcentages plus élevés de résidents autochtones[7,8]. Des études provinciales ont aussi signalé des taux plus élevés de blessures intentionnelles[12] et non intentionnelles[10,12,34,35] chez les enfants et les jeunes autochtones. Le RT élevé de blessures auto-infligées chez les Inuits (14,2) renforce le besoin de stratégies de prévention en matière de santé.

Des disparités de taux d'hospitalisation entre les enfants autochtones et non autochtones étaient évidentes pour les « maladies de l'appareil génito-urinaire », particulièrement chez les Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves et les Métis, même si le nombre total d'hospitalisations était relativement petit. Chez les enfants, les problèmes du système urinaire comprennent les insuffisances rénales aiguës et chroniques, les infections des voies urinaires, les obstructions des voies urinaires et les anomalies de naissance[36].

Il se pourrait que les taux élevés d'hospitalisation des enfants et des jeunes autochtones soient associés à des facteurs qui n'ont pas été pris en compte dans la présente étude et qui doivent l'être dans de futures analyses. Par exemple, certaines différences pourraient être liées à des conditions socioéconomiques défavorables pour les enfants et les jeunes autochtones[37]. Les résultats pourraient aussi refléter des différences d'accès et des obstacles aux soins[38]. De plus, les différences dans les blessures intentionnelles et les troubles mentaux ont été attribuées aux répercussions intergénérationnelles des pensionnats[34,35].

Limites

Les résultats devraient être interprétés en tenant compte de nombreuses limites. L'absence de données pour le Québec et pour les résidents de 22 réserves non énumérées laisse supposer une possible sousestimation. En outre, les hospitalisations pour des raisons de santé mentale en Ontario n'ont pas été systématiquement incluses dans la BDCP, mais l'ont plutôt été dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale. De plus, les données couplées recensement-BDCP sous-représentent les enfants de moins d'un an. C'est pour ces raisons que des études faisant appel à d'autres ensembles de données sont requises.

Les analyses étaient fondées sur les chiffres d'hospitalisation et ne tiennent pas compte des réadmissions ni du nombre de personnes hospitalisées. Des recherches explorant les réadmissions seraient utiles afin de comprendre l'utilisation des ressources et les stratégies de promotion de la santé.

Même si les hospitalisations des enfants et des jeunes ne causent pas d'entraves majeures sur le système de soins de santé (environ un cinquième de l'ensemble des hospitalisations[39]), elles sont importantes pour la santé et l'utilisation à long terme des services de soins de santé.

Les hospitalisations constituent un indicateur limité de l'état de santé. Ces résultats ne peuvent être interprétés comme représentant la prévalence des problèmes de santé ou des blessures.

Conclusion

Contrairement aux estimations fondées sur les régions, l'étude présente des renseignements nationaux (à l'exception du Québec) sur l'hospitalisation en soins de courte durée des enfants et des jeunes autochtones sur le plan individuel.

Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge étaient uniformément plus élevés pour tous les groupes d'identité autochtone comparativement aux enfants et aux jeunes non autochtones. De futures recherches pourraient examiner les raisons de ces disparités ainsi que la façon dont les taux et les raisons varient selon des facteurs tels que le genre et l'emplacement géographique.

Remerciements

Les auteurs remercient la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada de leur soutien, ainsi que les pairs examinateurs et autres examinateurs des établissements de santé pour leurs commentaires.

Références

1. A. Guèvremont et D. Kohen, « Activités de loisir des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones », Ottawa, Statistique Canada, 2007.
2. UNICEF, *Canadian Supplement to The State of the World's Children 2009 Aboriginal Children's Health: Leaving No Child Behind*, Toronto, UNICEF Canada, 2009.
3. H.L. MacMillan, E. Jamieson, C. Walsh *et al.*, « The health of Canada's Aboriginal children: Results from the First Nations and Inuit Regional Health Survey », *International Journal of Circumpolar Health*, 69(2), 2010, p. 158-167.
4. L. Findlay et T. Janz, « La santé des enfants des Premières nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de 6 ans », *Rapports sur la santé*, 23(1), 2012, p. 31-40.
5. A. Banerji, A. Bell, E. Mills *et al.*, « Lower respiratory tract infections in Inuit infants of Baffin Island », *Canadian Medical Association Journal*, 164(13), 2001, p. 1847-1850.
6. J. Reading, *The Crisis of Chronic Disease among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy*, Victoria, British Columbia, University of Victoria, Centre for Aboriginal Health Research, 2009.
7. L. Oliver et D. Kohen, « Hospitalisations d'enfants et de jeunes pour blessure non intentionnelle dans les régions ayant un fort pourcentage de résidents d'identité autochtone, 2001-2002 à 2005-2006 », *Rapports sur la santé*, 23(3), 2012, p. 3-12.
8. L.N. Oliver, P. Finès, E. Bougie et D. Kohen, « Hospitalisations pour blessures intentionnelles dans les régions à fort pourcentage de résidents d'identité autochtone, 2004-2005 à 2009-2010 », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(2), 2014, p. 88-100.
9. R. Alaghehbandan, K.D. Gates et D. MacDonald, « Hospitalization due to pneumonia among Innu, Inuit and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada », *International Journal of Infectious Diseases*, 11, 2007, p. 23-28.
10. R. Alaghehbandan, K.C. Sikdar, D. MacDonald *et al.*, « Unintentional injuries among children and adolescents in Aboriginal and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, 69(1), 2010, p. 61-71.
11. S. Alharbi, P. Van Caeseele, R. Consunji-Araneta *et al.*, « Epidemiology of severe pediatric adenovirus lower respiratory tract infections in Manitoba, Canada, 1991-2005 », *BMC Infectious Diseases*, 12(55), 2012, p. 1-8.
12. M.A. George, A. Jin, M. Brussoni *et al.*, « Injury risk in British Columbia, Canada, 1986 to 2009: Are Aboriginal children and youth over-represented? », *Injury Epidemiology*, 2(1), 2015, p. 7.
13. M. Brownell, M. Chartier, R. Santos *et al.*, *How are Manitoba's Children Doing?* Winnipeg, Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy, 2012.
14. P. Finès, « La courbe concentration-couverture : un outil pour les études écologiques », *Rapports sur la santé*, 19(4), 2008, p. 59-64.
15. M. Rotermann, C. Sanmartin, R. Trudeau et H. St-Jean, « Couplage des données du Recensement de 2006 et des données hospitalières au Canada », *Rapports sur la santé*, 26(10), 2015, p. 11-23.
16. Statistique Canada, *Recensement de la population de 2006*, disponible à l'adresse http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/index-fra.cfm
17. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2006-2007*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2009.
18. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2007-2008*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2010.
19. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2016.
20. Statistique Canada, *Rapport technique sur les Peuples autochtones, Recensement de 2006, Deuxième édition*, Ottawa, Ministre de l'industrie, 2010.
21. Statistique Canada, *Directive sur le couplage d'enregistrements*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/politique4-1
22. Statistique Canada, *Couplages d'enregistrements approuvés*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/somm
23. Statistique Canada, Population ayant une identité autochtone, par province et territoire (Recensement de 2006), 2016, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo60a-fra.htm
24. Institut canadien d'information sur la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e version, Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.
25. Institut canadien d'information sur la santé, *Introduction à 10-CACCI*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2002.
26. Agence de la santé publique du Canada, *Principales causes d'hospitalisation, Canada, 2009-2010*, 2016.
27. M. Spiegelman, *Introduction to Demography, Revised Edition*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1968.

28. T. Kovesi, N.L. Gilbert, C. Stocco *et al.*, « Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children », *Canadian Medical Association Journal*, 177(2), 2007, p. 155-160.

29. R. Garner, E. Guimond et S. Senécal, « The socio-economic characteristics of First Nations teen mothers », *The International Indigenous Policy Journal*, 4(1), 2013.

30. M. Rotermann, « Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescentes », *Rapports sur la santé*, 18(1), 2007, p. 43-47.

31. A. Guèvremont et D.E. Kohen, « The health, school, and social outcomes of off-reserve First Nations children of teenage mothers », *Aboriginal Policy Studies*, 3(1&2), 2014, p. 29-53.

32. A. Guèvremont et D. Kohen, « The physical and mental health of off-reserve First Nations children of teen mothers », *International Indigenous Policy Journal*, 4(1), 2013, p. 15-22.

33. A. Guèvremont et D.E. Kohen, « La santé physique et mentale des enfants inuits de mères adolescentes », *Rapports sur la santé*, 23(4), 2012, p. 17-25.

34. Stanley Children's Hospital, *Overview of Genitourinary Disorders*, disponible à l'adresse : http://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=overview-of-genitourinary-disorders-90-P03103.

35. K. McShane, J. Smylie ert P. Adomako, « Health of First Nations, Inuit, and Métis Children in Canada », dans *Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action*, publié sous la direction de J. Smylie, P. Adomako, Toronto, Keenan Research Centre, 2009, p. 11-65.

36. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, *Phase 2 (2008/10) Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa, Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012.

37. Fondation autochtone de guérison, *De la vérité à la réconciliation Transformer l'héritage des pensionnats*, Ottawa, Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison, 2002.

38. L. Kirmayer, C. Simpson et M. Cargo, « Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples », *Australasian Psychiatry*, 11(Suppl.), 2003, p. S15-23.

39. G. Carrière, E. Bougie, D. Kohen *et al.*, « Hospitalisation en soins de courte durée, selon l'identité autochtone, Canada, 2006 à 2008 inclusivement », *Rapports sur la santé*, 27(8), 2016, p. 3-12.